

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix LERAILLEZ

Né le 21 septembre 1913, à Bapaume (Pas-de-Calais)  
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon  
Interne des Hôpitaux de Grenoble

DES LOCALISATIONS RARES  
DE L'ENDOMÉTRIOSE  
ENDOMÉTRIOME  
DU CREUX ISCHIO-RECTAL

*Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix LERAILLEZ

Né le 21 septembre 1913, à Bapaume (Pas-de-Calais)  
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon  
Interne des Hôpitaux de Grenoble

DES LOCALISATIONS RARES  
DE L'ENDOMÉTRIOSE  
ENDOMÉTRIOME  
DU CREUX ISCHIO-RECTAL

*Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1939

# DOYEN... TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIÈRE.         |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                          | OLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                            | R. DEBRÉ.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                      | ABRAMI.           |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | MONDOR.           |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.           |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                            | HARVIER.          |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | TANON.            |
| Médecine légale .....                                          | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.           |
| Clinique médicale .....                                        | LOEPER.           |
|                                                                | CARNOT.           |
|                                                                | CLERC.            |
|                                                                | Marcel LABBÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | LEREBoullet.      |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.         |
|                                                                | CUNEO.            |
| Clinique chirurgicale .....                                    | GOSSET.           |
|                                                                | GRÉGOIRE.         |
|                                                                | LENORMANT.        |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | TERRIEN.          |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.         |
|                                                                | COUVELAIRE.       |
| Clinique d'accouchements .....                                 | JEANNIN.          |
|                                                                | LEVY-SOLAL.       |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | OMBREDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique .....                                   | Maurice VILLARET  |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie .....                                  | LAUBRY.           |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.   |
| Assistance médico-sociale .....                                | N...              |
|                                                                | HAZARD.           |
|                                                                | HOVELACQUE.       |
| Professeurs sans chaire .....                                  | MULON.            |
|                                                                | OLIVIER.          |
|                                                                | SANNIE.           |
|                                                                | VERNE.            |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIÉTY ..... Pathologie médicale.  
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.  
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD .... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie  
                                           chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ... Pathologie médicale.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HUGUENIN .... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.

### MM.

LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LÉVY.... Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET ... Pathologie médicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-  
                                           cale.  
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SÈNEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.  
 GUÉNIOT ..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

### MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER ..... Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 SCHWARTZ ..... Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL .... Obstétrique.

# IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.                         |                      | MM.        |                          |
|-----------------------------|----------------------|------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE.                | } Clinique médicale. | BASSET.    | } Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN.                   |                      | BROCQ.     |                          |
| BRULÉ.                      |                      | CADENAT.   |                          |
| CHABROL.                    |                      | GATELLIER. |                          |
| DONZELOT.                   |                      | MOURE.     |                          |
| DUVOIR.                     |                      | QUENU.     |                          |
| LIAN.                       |                      | VELTER.    |                          |
| VALLERY-RADOT<br>(Pasteur). |                      |            |                          |
| SÉZARY.                     |                      |            |                          |

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| MM.      | } Clinique obstétricale. |
| ÉCALLE.  |                          |
| METZGER. |                          |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                        |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Éducation physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....           | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage, bien modeste, d'une profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont faits à notre intention et qu'ils ont toujours acceptés avec une spontanéité et une discrétion admirables.*

## A MA FEMME

## A MA SŒUR

## A MES ENFANTS

## A MES PARENTS

## A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique  
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer ce travail  
et accepter de présider notre thèse, nous  
adressons l'expression de notre reconnais-  
sance et de notre haute considération.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine  
de Grenoble  
Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble

*Nous avons pour ses qualités professionnelles et pour ses qualités morales la plus vraie et la plus profonde admiration. C'est lui qui dirigea nos premiers pas, bien hésitants, de jeune interne en chirurgie, c'est lui qui nous vint en aide, et avec quelle délicatesse, dans les débuts arides de la vie. Nous souhaitons ardemment que, lorsque la tourmente sera apaisée, nous puissions continuer de suivre son enseignement compétent et paternel afin d'avoir peut-être, un jour, l'occasion de lui témoigner, autrement que par une vaine phraséologie, toute notre respectueuse amitié et toute notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERMIER  
MONSIEUR LE DOCTEUR CABANAC  
MONSIEUR LE DOCTEUR CONTAMIN  
MONSIEUR LE DOCTEUR LATREILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

*Pendant quelques mois nous avons suivi son enseignement fécond et amical. Dans des circonstances pénibles de notre vie d'étudiant, il nous a étayé de sa forte autorité morale et nous a dirigé dans une voie dont nous avons déjà mesuré toute l'excellence.*

*Qu'il trouve ici, au début de ce modeste travail, fait à la hâte pendant l'oisiveté guerrière d'un jeune médecin auxiliaire, en instance de départ pour le poste de secours de bataillon, qu'il trouve ici l'expression sincère de notre haute estime et de notre gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT

Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

*Nous garderons de son enseignement et de son amitié que nous avons eu l'honneur de gagner et qui s'est pertinemment dévoilée à un tournant de notre existence, nous garderons de cela un souvenir ému et reconnaissant.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

MONSIEUR LE DOCTEUR WERTHEIMER

MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR GARIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES GRICOUROFF

Chef de laboratoire à l'Institut du Cancer

*Nous adressons tous nos remerciements pour la spontanéité avec laquelle il mit à notre disposition ses travaux personnels sur l'endométriase, travaux qui nous furent d'un grand secours dans l'élaboration de cette thèse.*

# DES LOCALISATIONS RARES DE L'ENDOMÉTRIOSE

## ENDOMÉTRIOME DU CREUX ISCHIO-RECTAL

---

### I

### Introduction.

---

L'endométrieose est, aujourd'hui, une affection connue de tous les chirurgiens et gynécologues. On sait qu'il s'agit là de formations pathologiques observées seulement chez la femme adulte, apparaissant rarement après la ménopause qui, au contraire, semble en déterminer habituellement la régression, et siégeant la plupart du temps dans le bassin ou la partie inférieure de l'abdomen. Ces productions tissulaires singulières, dont la structure histologique reproduit curieusement celle de la muqueuse utérine ou parfois celle de l'utérus complet, sont, il faut bien l'avouer, encore mal connues. Peut-être ce mystère qui les entoure est-il rendu encore plus profond par le fait qu'elles constituent, en quelque sorte, une transition biologique, siuées qu'elles sont aux confins de la physiologie et de la pathologie ?

Quoi qu'il en soit, les endométriomes, appelés aussi adénomyomes, se présentent le plus souvent sous

la forme de tumeurs, diffuses ou kystiques, sans pour cela — et c'est là une notion dont on mesure toute l'importance tant clinique que thérapeutique — qu'il faille les assimiler, l'histologie le prouve, aux néoplasmes.

L'endométriose est une affection bénigne, relativement rare, restriction faite cependant des cas discrets passés inaperçus du fait de leur discrétion même, du fait aussi, peut-être, de l'ignorance relative où l'on était, jusqu'à ce jour, de leur existence, lésions minimes qu'il n'est pas exceptionnel, pour l'opérateur attentif et compétent, de découvrir fortuitement au cours d'une intervention pelvienne.

Nous l'avons déjà dit, l'endométriose atteint uniquement la femme adulte, surtout entre 30 et 50 ans. Son apparition semble favorisée par les interventions sur l'utérus et peut-être, en particulier, par les curetages ; elle coïnciderait assez souvent avec une stérilité primaire ou secondaire et avec d'autres lésions pelviennes (polypes, salpingites, fibromes).

L'endométriose peut se développer soit dans l'utérus même, soit dans les tissus et organes pelviens, enfin, rarement, en des points plus éloignés de l'utérus.

Laissant de côté la localisation utérine (endométriose interne) où les lésions s'observent soit dans le muscle utérin (endométriose intra-murale), soit sous le péritoine (endométriose péritonéale), soit au niveau du col ; laissant de côté aussi l'endométriose externe siégeant au voisinage immédiat de l'utérus (trompe,

ovaire, cloison recto-vaginale, cul-de-sac de Douglas, ligaments utérins et ovariens), nous accorderons quelque attention aux localisations rares de la maladie avant que d'en arriver rapidement à la localisation tout à fait exceptionnelle qui est la raison d'être de ce travail.

---

## II

### Les localisations rares de l'endométriose.

---

C'est d'une façon tout à fait exceptionnelle que l'endométriose se localise dans différents points de l'organisme, plus ou moins éloignés de l'utérus et de ses annexes et que nous allons envisager successivement et succinctement. Ces localisations sont intéressantes à connaître parce qu'elles donnent naissance à des interprétations pathogéniques variées de l'affection en cause et parce qu'elles posent des problèmes de diagnostic parfois difficiles à résoudre et pouvant occasionner des tâtonnements thérapeutiques lourds de conséquences (par exemple la localisation dans les ganglions lymphatiques du bassin que nous envisagerons plus loin).

#### 1. Ligament rond.

L'endométriome du ligament rond, d'après des statistiques remontant au premier cas signalé par Cullen en 1891, n'aurait été constaté que dans la proportion de 2 à 6  $\text{‰}$  des cas d'endométriose. Il se manifeste par une tuméfaction inguinale, plus doulou-

reuse pendant les règles, et dont le diagnostic n'est guère fait avant l'intervention.

## 2. Ombilic.

La fréquence de l'endométriome ombilical est diversement appréciée. Pour Oberling, il serait plus fréquent que les endométriomes intestinaux. Pour Furst et Scorpil, sa fréquence se situerait entre celles des endométriomes du ligament rond et des endométriomes cicatriciels.

D'après MM. Gosset, Ivan Bertrand et Chevallier, qui firent une récente communication à l'Académie de Chirurgie au sujet des localisations rares de l'endométriase, cette affection, au niveau de l'ombilic, se manifesterait de diverses façons, soit par une tumeur plus ou moins volumineuse, de coloration bleuâtre, plus douloureuse et augmentant de volume quelques jours après l'apparition des règles, soit par une fistule, soit par un saignement cyclique et coïncidant avec les menstrues. MM. Mondor et Mazingarbe ont insisté récemment sur la nécessité de toujours rechercher d'autres localisations génitales ou extra-génitales, abdominales ou autres et ont émis l'opinion que dans la majorité des observations connues la localisation ombilicale de l'endométriase avait semblé unique. Mais ce n'est pas là une opinion admise par tout le monde et certains auteurs sont d'avis qu'il existe souvent un endométriome de l'utérus associé. Cette question est évidemment très difficile à trancher

parce qu'il est bien possible qu'il existe des lésions associées de l'appareil génital, mais des lésions minimes, non décelables cliniquement et dont seule une intervention sur le petit bassin permettrait de faire le diagnostic.

L'étude de ces endométriomes ombilicaux a permis des discussions pathogéniques (nous y reviendrons plus loin) niant la pertinence de la théorie embryonnaire, des théories de Cullen et Sampson pour n'accorder de considérations qu'à la théorie péritonéale (MM. Gosset, Ivan Bertrand et Chevallier).

### 3. Cicatrices.

C'est là une localisation également très rare mais très curieuse de l'endométriose. Elle apparaît surtout sur les cicatrices sous-ombilicales (après hystéropexie, césarienne, hystérectomie fundique, annexectomie) de quelques mois à 20 ans et plus après l'intervention, M. Lardennois s'est demandé si la mise en place d'un drain au moment de l'opération ne favoriserait pas son développement.

### 4. Intestin.

On connaît, sur l'intestin, quelques rares cas de localisation de l'endométriome au niveau de l'iléon et de l'appendice. Le diagnostic n'est guère fait qu'à l'intervention. Relativement plus fréquentes sont les localisations au sigmoïde et au rectum.

*Sigmoïde* : Il s'agit le plus souvent de formes circonscrites, de diagnostic clinique extrêmement difficile, sinon impossible. Cet endométriome serait souvent secondaire à un endométriome ovarien (Gosset) et serait consécutif à une greffe intestinale de débris épithéliaux issus d'une des cavités kystiques de l'ovaire.

M. Félix Papin a signalé récemment un cas d'endométriome sténosant de l'anse sigmoïde, isolé, sans aucune connexion avec l'utérus et ne se manifestant que par de l'occlusion. Pareille lésion isolée de toute manifestation gynécologique concomitante est fort rare et confondue le plus souvent avec le cancer du sigmoïde. D'après M. Papin, l'on verrait relativement souvent des endométriomes recto-sigmoïdiens qui ne seraient que l'extension d'une lésion gynécologique ; rarement des endométriomes du sigmoïde découverts fortuitement en opérant pour lésions gynécologiques d'apparence banale (30 % des cas pour Sampson) ; exceptionnellement des tumeurs du sigmoïde isolées, sans connexion avec l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'endométriome du sigmoïde n'est pratiquement, jamais fait avant l'intervention. Tout au plus pourrait-il être soupçonné par la périodicité des hémorragies qui se répètent au moment des règles (Bergeret et Rachet).

*Rectum* : C'est là une localisation très rare. Pour MM. Bazy, Blondin et Chêne, il faut envisager deux éventualités :

a) Il y a absence de toute lésion muqueuse, cas le plus fréquent, et le diagnostic n'est fait que par l'histologie après intervention pour cancer du rectum.

b) Il existe des lésions de la muqueuse rectale, visibles au rectoscope, ce qui est exceptionnel, et une biopsie permet alors un diagnostic plus précoce.

Souvent, il y a alors atteinte simultanée des ligaments utéro-sacrés, de la cloison recto-vaginale.

### 5. Endométriose des ganglions pelviens.

Cette localisation très particulière présente un extrême intérêt, non pas en soi-même, mais du fait des problèmes de diagnostic qu'elle pose et que nous allons envisager dans un instant. Mais voyons les faits :

De nombreux auteurs (1) ont découvert dans les ganglions pelviens de femmes opérées pour des affections diverses de l'appareil génital interne et chez lesquelles l'intervention et parfois l'autopsie avaient permis de vérifier l'absence de tout néoplasme épidermoïde ou glandulaire de l'utérus ou des autres organes du bassin, de nombreux auteurs ont découvert dans les ganglions pelviens de telles malades, l'existence d'inclusions épithéliales de type endométrial. Certains auteurs ont nié la nature endométriale de ces inclusions. Pour Polster, par exemple, il s'agirait de « malformations tissulaires » congénitales pouvant

1. Wulfing, R. Meyer, Kermauner et Laméris, Sick, Brunet, Halban, Mestitz, Hausmann et Schenken, etc.

exister ailleurs que dans le bassin. Cependant il semble — et c'est là l'opinion de M. G. Gricouroff, de la Fondation Curie, qui fit, il y a peu de temps, des travaux et des communications sur ce sujet — il semble que, sans préjuger en rien de la pathogénie de l'endométriose en général, on puisse considérer les formations épithéliales découvertes dans les ganglions pelviens comme une endométriose ganglionnaire microscopique, d'autant que la coexistence d'endométrïomes tubaires, ovariens ou autres, aurait été fréquemment constatée ; et il semble également que cette endométriose ganglionnaire pelvienne puisse exister en l'absence de tout néoplasme et de toute lésion inflammatoire du bassin.

Par ailleurs, différents auteurs ont trouvé dans les ganglions pelviens de femmes atteintes d'un cancer épidermoïde du col de l'utérus, des formations épithéliales d'aspect glandulaire. S'agissait-il là de métastases du cancer cervical ? La question a été très controversée. Elle l'est d'ailleurs encore aujourd'hui. On conçoit aisément toute l'importance de la découverte, dont nous parlions plus haut, de ces formations de nature vraisemblablement endométriale, dans les ganglions pelviens de femmes indemnes de toute néoplasie. Ces formations épithéliales des ganglions pelviens, coïncidant avec un cancer du col, sont-elles, dès lors, une manifestation métastatique du néoplasme, ou ne sont-elles pas simplement des lésions bénignes d'endométriose ?

Ries, il y a une quarantaine d'années, n'avait pas

admis qu'un épithélioma pavimenteux pût donner des métastases glandulaires. Wertheim crut tout d'abord qu'il s'agissait d'authentiques métastases du cancer pavimenteux du col. Par la suite il revint sur son interprétation première et considéra en définitive ces formations comme des inclusions bénignes, sans rapport d'origine avec la tumeur cervicale. Bulliard et Champy se ralliaient, à peu de chose près, à la même opinion. Plus récemment, MM. Leveuf, Herrenschildt et Godart ont affirmé qu'à leur avis, il s'agissait bien d'authentiques métastases de l'épithélioma pavimenteux du col.

On voit que le problème n'est pas encore résolu, mais on voit aussi tout l'intérêt qu'il y aurait à trouver rapidement sa solution. Si M. Gricouroff, avec Wertheim, estime que les aspects ganglionnaires interprétés par MM. Leveuf, Herrenschildt et Godart comme des métastases, n'en sont pas ; si cette hypothèse est juste, elle diminue beaucoup l'opportunité des opérations élargies comportant la recherche et l'exérèse systématique des ganglions dans le traitement chirurgical des cancers du col utérin. Cette opinion viendrait appuyer l'avis exprimé par M. Jean-Louis Faure : « Dans les cas opérables, les cas bien mobiles, les trois quarts des opérées, quand elles sont bien opérées, guérissent radicalement sans recherche des ganglions. Quand les ganglions sont manifestement envahis, la bataille est perdue .»

## 6. Endométriose des membres.

Certains auteurs (Mavratie et Kramer, Mankin, Biebl) ont constaté récemment l'existence de foyers d'endométriose dans les muscles des membres, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

Après avoir rapidement passé en revue les localisations rares de l'endométriose, nous allons maintenant traiter d'une localisation beaucoup plus rare encore de cette affection puisque, à notre connaissance, aucune observation n'en a été citée jusqu'à ce jour. Il s'agit d'un endométriome du creux ischio-rectal, dont nous donnerons une rapide description clinique et à propos duquel nous donnerons libre cours à quelques considérations histologiques et pathogéniques de l'endométriose en général.

---

### III

## Endométrrome du creux ischio-rectal.

---

### a) Observation.

Mme F..., 41 ans, vient consulter le 12 avril 1937, pour des sensations douloureuses extrêmement vives, siégeant au niveau de la fosse ischio rectale droite, apparaissant *le premier jour des règles*, persistant environ onze ou douze jours et disparaissant brusquement et complètement. Cette périodicité des douleurs est très nette : elle dure depuis environ deux ans.

La malade ne présente aucun antécédent particulier ; elle est bien réglée, ne présente aucune métrorragie. Elle est pâle et paraît assez fatiguée.

A l'examen, la fosse ischio-rectale droite est comblée par une tumeur du volume d'un œuf, dure, et douloureuse.

Au toucher vaginal, la tumeur remonte assez haut sur la partie postéro-latérale du vagin ; elle est bien mobile, arrondie, de surface assez irrégulière, n'est pas animée de battements et est indépendante du bassin osseux.

L'utérus est en rétroversion et paraît fixé dans le Douglas.

Au toucher rectal, la tumeur est immédiatement placée sous la paroi, qu'elle repousse, faisant fortement saillie dans la cavité du rectum.

En présence des douleurs si caractéristiques, le diagnostic porté est : endométrrome (Dr Palmer).

*Opération*, le 3 mai 1937 (P. Mocquot) : Incision antéro-postérieure sur la fosse ischio-rectale droite.

La tumeur apparaît mal limitée, non encapsulée, adhérente aux tissus voisins ; on est obligé de l'isoler en coupant tout autour : il n'y a pas de plan de clivage net et on passe par places en deçà de la zone de tissus sclérosés. La tumeur se prolonge en avant vers le vagin. Elle adhère au releveur qui paraît sclérosé ; elle adhère aussi à l'obturateur interne.

On parvient cependant à réaliser un évidement complet de la fosse ischio-rectale. Les tissus restant paraissent encore modifiés par une sclérose d'allure inflammatoire. Hémostase. Suture sur un drain.

*Examen microscopique* : A la coupe, la pièce présente un aspect grenu, dur, scléreux, avec des points bleuâtres simulant un angiome.

*Examen histologique* (n° 6298) (Dr Moricard) : Tumeur constituée par une intrication de tissu conjonctif, de fibres musculaires lisses et de tubes glandulaires cylindriques entourés par un chorion cytogène ; en quelques points du chorion, présence de pigments.

Aspect typique d'endométrrome.

*Suites opératoires* : paraissent d'abord très simples.

Au 15<sup>e</sup> jour, après avoir présenté quelques malaises, la malade succombe brusquement, avec le syndrome de l'embolie pulmonaire massive.

A l'autopsie, l'utérus et les annexes ne présentent aucune altération, les organes pelviens n'ont apparemment aucun rapport avec l'endométrrome ischio-rectal.

(Observation du Service de Clinique gynécologique, Hôpital Broca).

**b) Tableau clinique.**

a) SYMPTÔMES : Il est impossible, nous basant sur un seul et unique cas, de dresser un tableau clinique schématique de l'endométriome du creux ischio-rectal, et les symptômes qui ont mis sur la voie du diagnostic exact fait par le Docteur Palmer ne présentent guère de caractères spécifiques de cette localisation de l'endométriome. Ces symptômes n'étaient ni plus ni moins que les symptômes propres à l'endométriome en général.

*Signes fonctionnels* : DOULEUR extrêmement vive siégeant dans la fosse ischio-rectale et présentant très nettement le caractère de périodicité si spécial à l'affection, puisque la douleur apparaissait régulièrement le premier jour des règles, persistait environ 11-12 jours, puis disparaissait brusquement et complètement jusqu'aux règles suivantes.

MENSTRUES : Dans le cas que nous envisageons, la malade ne présentait aucun antécédent gynécologique particulier. Elle était réglée normalement et n'avait présenté aucune métrorragie. Mais il est bien évident que l'on ne peut pas conclure de ce cas unique à une constance absolue de ces signes génitaux et qu'il faudra toujours, chez une malade pour laquelle on pensera à la possibilité d'un endométriome ischio-rectal, rechercher soigneusement l'existence d'une endométriome de la sphère génitale, endométriome plus

ou moins latente ou, au contraire, se manifestant cliniquement par de la dysménorrhée, des métrorragies et des phénomènes douloureux siégeant dans la partie basse de l'abdomen.

*Signes physiques :* TUMEUR plus ou moins volumineuse (plus volumineuse au moment des règles), plus ou moins rénitente, douloureuse à la pression, surtout dans la période menstruelle. Cette tumeur comble la fosse ischio-rectale. On la perçoit par la palpation externe mais surtout par les touchers vaginal et rectal qui permettent de la délimiter approximativement (délimitation exacte quasi impossible d'ailleurs, étant donné le caractère infiltrant des tumeurs endométriales en général). Cette tumeur est indépendante du bassin osseux. Le toucher rectal permet une perception plus nette de la masse qui est située sous la paroi rectale qu'elle repousse, faisant plus ou moins saillie dans la cavité du rectum.

Nous l'avons déjà dit, l'examen de l'appareil génital sera toujours pratiqué soigneusement, à la recherche d'une endométriose plus ou moins latente de cette sphère. Cet examen, dans le cas qui nous occupe, nous avait seulement permis de constater l'existence d'une rétroversion utérine.

β) DIAGNOSTIC : Le diagnostic est évidemment assez malaisé, du fait d'une part de la rareté de l'affection et, d'autre part, de la spécificité parfois difficile à mettre en évidence de sa symptomatologie. Il faut songer à la possibilité d'un endométriome chez une

femme en période d'activité génitale et surtout il faut tâcher à mettre en évidence le caractère essentiel qui est la périodicité de l'augmentation de volume de la tumeur et des douleurs paroxystiques qu'elle occasionne, augmentation de volume et douleurs coïncidant avec l'apparition des règles. Si cette caractéristique primordiale existe (et c'était le cas chez la malade dont nous citons l'observation), on pourra alors poser le diagnostic d'endométriome devant une tumeur de la fosse ischio-rectale, et éliminer aisément le phlemon du creux ischio-rectal, l'angiome, le fibrome, le lipome (affections très rares également) et les tumeurs osseuses développées au dépens du bassin.

Si cette périodicité ne se manifeste pas nettement, si les douleurs ne se montrent pas particulièrement vives au moment des règles, et surtout à la fin des règles, si l'observation attentive ne montre pas l'augmentation de volume de la tumeur à chaque période menstruelle, alors le diagnostic ne pourra être établi avec certitude, après l'opération, que par l'examen histologique.

### **c) Considérations histologiques et physiologiques.**

Si l'aspect macroscopique des lésions est variable et diffère suivant la localisation, le degré d'extension et les phénomènes inflammatoires surajoutés et si l'on a pu décrire ainsi des formes tumorales mal limitées, non encapsulées, non énucléables, des for-

mes ayant l'allure de lésions inflammatoires chroniques avec rétractions, adhérences nombreuses, apapages des formes péritonéales ; si l'on a pu décrire aussi la forme kystique, surtout fréquente dans l'ovaire, l'étude histologique de ces mêmes lésions si hétérogènes dans leur aspect macroscopique, a révélé des caractères spécifiques.

L'endométriome est une hétérotopie de la muqueuse du corps de l'utérus. Elle en reproduit exactement la structure normale ou hyperplasique. On y rencontre, en effet, des tubes glandulaires identiques aux diverticules épithéliaux de la muqueuse utérine, diverticules formés d'un épithélium prismatique simple, souvent cilié, parfois faiblement mucipare. La dilatation de ces tubes peut aboutir à la formation de petites cavités arrondies, de vésicules microkystiques. Ces cavités peuvent être plus vastes, avec le même revêtement et forment alors des kystes visibles à l'œil nu. Autour de ces formations épithéliales on trouve presque toujours, dans les endométriomes arrivés à un certain stade de leur développement, un tissu conjonctif riche en cellules fixes et qui rappelle le chorion cytogène de l'endomètre. Ce chorion est réparti d'une façon très inégale : en certains points il est abondant, en d'autres il est rare et peut même manquer. Parfois la ressemblance avec l'endomètre est plus parfaite encore ; il peut exister entre les plagues de muqueuse du tissu musculaire lisse. Ce tissu musculaire est habituel et même abondant quand l'endométriome siège dans un organe contenant nor-

malement du muscle (utérus, vessie, rectum). C'est alors « l'adénomyome » et les images microscopiques rappelant un « utérus en miniature » n'y sont pas rares.

Mais entre l'endométriose et la muqueuse utérine il n'y a pas qu'une simple ressemblance morphologique, il existe aussi, et cela se conçoit aisément, une étroite parenté physiologique. L'endométriose obéit au cycle sexuel et présente les mêmes modifications rythmiques que l'endomètre, ce qui explique sa symptomatologie si particulière à allure essentiellement périodique. A la phase prémenstruelle, une congestion intense du tissu cytogène se produit et, au moment des règles, des hémorragies apparaissent. Ce sang, contenant des débris épithéliaux desquamés, s'accumule dans les cavités glanduliformes, les distend et les transforme en kystes. A l'intérieur de ces kystes le sang se modifie et prend l'aspect goudron ou chocolat caractéristique. Quand la pression du sang devient trop forte dans le kyste, celui-ci peut se rompre et déverser son contenu dans le péritoine (kyste ovarien, hématosalpinx), à l'extérieur (ombilic saignant), dans le vagin (endométriose recto-vaginale).

Cette ressemblance histophysiologique entre l'endométriose et la muqueuse utérine est encore plus marquée quand l'utérus devient gravide. Au cours de la gestation, l'endométriome présente les mêmes changements que l'endomètre. Les cellules du chorion cytogène, en particulier, se transforment en cellules déciduales. Cette évolution placentaire détermine

parfois une augmentation telle du volume de la lésion qu'une endométriose latente, jusque-là, peut se manifester cliniquement à cette occasion.

Toutes ces transformations périodiques, d'autant plus marquées que l'endométriome est plus riche en tissu cytogène, sont commandées par les hormones ovariennes et hypophysaires.

La ménopause, naturelle ou artificielle, amène la fin des manifestations cycliques et une régression partielle ou totale des lésions.

Nous voyons donc, après avoir dit quelques mots des notions histologiques ayant trait à l'endométriose en général et en nous reportant à notre observation d'endométriose du creux ischio-rectal, que cette dernière présentait, d'une façon tout à fait typique, les caractères microscopiques spécifiques de l'affection en cause.

#### **d) Considérations pathogéniques.**

Ne mesurerait-on aujourd'hui tout le mystère qui entoure encore l'origine de l'endométriose, que la multiplicité des théories tendant à expliquer la pathogénie de cette affection serait, à elle seule, un indice certain de notre impuissance. En respectant, autant que faire se peut, l'ordre chronologique, on peut réunir en trois catégories ces théories qui ne sont d'ailleurs séparées les unes des autres que par des barrières aisément franchissables :

- les théories dysembryoplasiques d'après lesquelles l'endométriase aurait son origine dans des vestiges embryonnaires ;
- les théories métaplasiques suivant lesquelles certains tissus pourraient se transformer en tissu endométrial ;
- les théories migratoires selon lesquelles l'endométriase aurait une origine utérine et résulterait de transports effectifs d'éléments endométriaux en des parties diverses de l'organisme.

#### 1° THÉORIES DYSEMBRYOPLASIQUES.

Elles sont presque totalement abandonnées et ne présentent plus guère qu'un intérêt historique.

— La théorie wolffienne de von Recklinghausen, basée sur la ressemblance des tubes endométriaux avec les canalicules du corps de Wolff, eut une grande vogue au siècle dernier.

— La théorie müllerienne, soutenue par Cullen, avait une base embryologique plus solide puisque l'utérus et la trompe se développent aux dépens du canal de Müller. Cependant cette théorie ne pouvait s'appliquer qu'à certains endométriomes : ceux du voisinage immédiat de l'utérus.

Pour pouvoir s'étendre à l'endométriase en général, ses partisans, rares aujourd'hui, sont obligés d'avoir recours à l'hypothèse de « restes aberrants » dispersés en divers points de l'abdomen ou du bassin.

## 2° THÉORIES MÉTAPLASIQUES

Après les théories embryonnaires, presque complètement abandonnées, la faveur passa aux théories basées sur la métaplasie séro-épithéliale du péritoine. Suggérée par Iwanoff, cette théorie de la métaplasie de l'endothélium péritonéal a été surtout défendue par Robert Meyer, puis par Lauche. Sous l'influence d'une irritation chronique, d'ordre inflammatoire par exemple, (plus tard on adjoignit à cette irritation l'action hormonale de l'ovaire) le péritoire pelvien verrait se constituer peu à peu des invaginations tubulées s'enfonçant plus ou moins profondément dans les tissus des organes sous-jacents. En même temps l'endothélium péritonéal, qui est un endothélium plat, se transformerait, à ce niveau, en un épithélium prismatique, donnant à l'ensemble un aspect adénomateux. Tout autour des tubes et des cavités glanduliformes, le tissu conjonctif prendrait, en outre, le type cytogène et des fibres musculaires feraient leur apparition.

D'après Pick qui a été un des premiers à reconnaître le caractère endométrial des kystes chocolat de l'ovaire, ces kystes résulteraient d'invaginations de l'épithélium germinatif ovarien, analogues aux invaginations péritonéales et accompagnées des mêmes phénomènes métaplasiques.

Ces théories métaplasiques permettaient d'expliquer la plupart des localisations des endométriomes et leur siège péritonéal superficiel si souvent cons-

taté. Elles s'appuyaient sur l'origine embryologique commune du péritoine, du revêtement de l'ovaire et des canaux de Müller. Et puis, l'étude histologique montrait non seulement la contiguité du péritoine et des cavités adénomyomateuses, mais la continuité entre l'endothélium péritonéal et le revêtement épithélial : on pouvait voir les cellules endothéliales s'élever progressivement jusqu'à devenir prismatiques. D'autres auteurs ont envisagé la possibilité d'une métaplasie de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Sitzenfrey a trouvé, dans des ganglions contenant des formations de type endométrial, des aspects de transition graduelle, entre l'endothélium aplati des tissus et l'épithélium prismatique.

C'est ainsi qu'une théorie mésothéliale, plus générale, a été proposée, qui admet comme également possible et équivalente, la métaplasie épithéliale du péritoine, du revêtement ovarien et de l'endothélium lymphatique.

Si, à priori, l'idée d'une métaplasie paraît ingénieuse, à la réflexion la possibilité d'un changement à la fois histologique et physiologique si profond du péritoine adulte en muqueuse utérine prismatique ciliée, devient beaucoup moins vraisemblable. L'origine cœlomique commune du péritoine, de l'ovaire et du canal de Müller n'apparaît pas comme un argument décisif. D'autre part, si les hormones ovariennes ont, sur l'évolution de l'endométriose constituée, une action importante, rien ne permet d'affirmer qu'elles interviennent, en tant que facteur

métaplasique dans le genèse même de cette endométriose.

Quant à la continuité et à la transition graduelle entre l'endothélium péritonéal et l'épithélium prismatique, elles ne sont guère convaincantes, telles qu'elles sont décrites et figurées par R. Meyer. D'autre part, certains endométrïomes de la cloison recto-vaginale ont un point de départ sous-muqueux et se « raccordent » à la muqueuse vaginale aussi bien que les endométrïomes sous-séreux du péritoine.

La métaplasie de l'endothélium des lymphatiques ou des sinus ganglionnaires n'est pas plus prouvée que la métaplasie du péritoine et, si les figures de Sitzenfrey montrent très nettement que les formations épithéliales tubulées, vésiculeuses ou kystiques, trouvées dans les ganglions, ont bien le type utérin, la continuité histologique entre la paroi du lymphatique et l'épithélium prismatique n'apparaît pas péremptoirement.

Devant les objections soulevées par l'hypothèse d'une métamorphose si importante de tissus adultes, on a invoqué la présence possible de débris cœlomiques ou mésenchymateux embryonnaires restés quiescents et à partir desquels l'endométriose pourrait se développer. Cette théorie mésothéliale élargie (qui rejoint les théories dysembryoplasiques) permettrait de comprendre, non seulement les localisations ombilicale, inguinale, recto-vaginale par la connaissance de diverticules péritonéaux ayant existé dans les régions au cours du développement de l'individu, mais

aussi toutes les autres localisations, grâce à l'hypothèse des « restes » mésenchymateux, indifférenciés mais potentiellement polyvalents.

### 3. THÉORIES MIGRATOIRES.

Les théories précédentes tentent d'expliquer l'endométriose par la transformation *in situ* de tissus préexistants. Les théories migratoires, au contraire, soutiennent que le tissu de type endométrial est importé et provient réellement de la muqueuse utérine.

a) *Endométriose utérine.* — Les auteurs sont aujourd'hui à peu près unanimes à admettre que l'endométriose du muscle utérin, l'adénomyome des classiques, a son point de départ dans la muqueuse du corps utérin. Il est bien connu que, même à l'état normal, il n'y a pas de limite nette entre la muqueuse et le muscle utérins. Des diverticules épithéliaux pénètrent plus ou moins profondément dans le myomètre. L'endométriose de la paroi utérine se formerait donc à partir d'éléments épithéliaux ayant ainsi émigré en plein muscle. Cette théorie fut défendue, dès le début, par Cullen. Puis elle fut admise par les défenseurs de la plupart des autres théories, sauf toutefois pour les adénomyomes sous-séreux que certains considèrent encore comme dérivés de péritoine.

b) *Théorie de la continuité.* — Assez fréquemment il arrive que l'endométriose de la paroi utérine reste en connexion étroite avec l'endomètre. Cette conti-

nuité avec la muqueuse utérine a même été rencontrée dans des endométrioses d'organes situés au contact de l'utérus et reliés à lui par des adhérences (rectum, vessie). Bien plus, dans certains cas de « fistule utéro-cutanée » on a pu constater qu'il s'agissait d'une endométrieose véritable mettant en communication la cavité utérine avec la surface cutanée abdominale. Cette progression interstitielle de proche en proche de l'endométrieose n'est, somme toute, qu'un aspect particulier du caractère infiltrant de la prolifération endométriale. Haselhorst a tiré de ces constatations une théorie de la continuité endométriale qui étend hors de l'utérus la théorie de Cullen.

c) *Théorie de l'implantation* (théorie de Sampson). — Cette théorie migratoire, très différente des précédentes, fut imaginée et défendue par Sampson. Cet auteur soutint l'hypothèse suivante : au moment des règles, une partie du sang menstruel se trouve refoulée dans la trompe puis dans la cavité péritonéale. Ce sang contient quelques lambeaux desquamés d'endomètre. Il peut se faire qu'un de ces lambeaux se greffe dans la cavité pelvienne : l'endométrieose est alors constituée. De par les rapports anatomiques immédiats avec le pavillon tubaire, l'ovaire est naturellement tout particulièrement exposé à donner prise à ces greffes de muqueuse utérine d'où la fréquence de l'endométrieose ovarienne (kystes goudron ou chocolat). de plus, cet ovaire peut, lui-même, être le point de départ de greffes endométriales secondaires : quand

un kyste ovarien se rompt dans le pelvis, des végétations peuvent s'en détacher et s'implanter sur le péritoine, surtout dans les parties déclives. Cela expliquerait la fréquence relative de l'endométriose du cul-de-sac de Douglas et la coexistence fréquente avec des kystes chocolat de l'ovaire. C'est ainsi, selon Sampson, que l'ovaire pourrait servir de lieu de passage au tissu endométrial qui, de ce fait, pourrait voir s'accroître son aptitude à la greffe secondaire et s'exalter sa « virulence ».

*A priori* cette hypothèse de Sampson que des lambeaux de muqueuse utérine s'implantent dans le péritoine, ne manque pas d'attrait. Mais, à la réflexion, elle paraît peu vraisemblable. Il est possible que le sang menstruel, par suite d'un obstacle quelconque à son écoulement par le vagin (atrésie du col, rétroflexion, myome, polype) soit en partie refoulé dans les trompes. Ce fait a d'ailleurs été effectivement constaté. Il est également avéré que ce sang contient des débris de muqueuse utérine desquamée. Mais ce qui est beaucoup plus discutable, c'est que ces débris de muqueuse dont la vitalité est très diminuée, sinon abolie, par la desquamation cataméniale, puissent s'implanter, se greffer et proliférer dans le péritoine et les organes pelviens, après un refoulement brutal, sous pression, à travers l'étroit conduit tubaire. Aucune constatation expérimentale n'a fourni jusqu'ici la preuve de ce processus. Nous savons que de très intéressantes expériences de greffe de muqueuse utérine dans le péritoine, l'ovaire, le vagin, etc..., ayant

toujours porté sur des fragments d'endomètre vivant, prélevés délicatement et déposés avec le plus grand soin aux points choisis, ont donné des résultats positifs. Mais cela ne démontre nullement que l'implantation spontanée de débris nécrosés, écrasés et enrobés de sang, soit possible. Par ailleurs il n'est pas démontré que l'endométriose des cicatrices de laparotomie soit la conséquence d'une implantation opératoire accidentelle puisque des endométriomes cicatriciels sont apparus à la suite d'opérations n'ayant pas comporté l'ouverture de la cavité utérine. Enfin, l'on est bien obligé de reconnaître (et Sampson lui-même le reconnaît) que la théorie de l'implantation n'explique pas certaines localisations caractéristiques de l'endométriose, au niveau de l'ombilic ou de la région inguinale ou au niveau du creux ischio-rectal par exemple.

Certains auteurs admettent, au lieu d'une origine proprement utérine de l'endométriose, une origine tubaire (d'ailleurs acceptée accessoirement par Sampson) ou une origine ovarienne défendue par King. Pour ce dernier, les kystes chocolat de l'ovaire se développeraient à partir de follicules ovariens. L'éclatement de ces kystes occasionnerait la greffe péritonéale et le point de départ de l'endométriose pelvienne ne serait plus cette fois dans l'utérus mais dans l'ovaire. Cette théorie ovarienne est en somme une théorie mixte réunissant les hypothèses de la migration d'une part et de la métaplasie d'autre part.

d) *Théorie de la métastase par voie lymphatique ou théorie de Halban.* — En 1924, Halban, devant l'insuffisance de toutes les théories pathogéniques de l'endométriose émises jusque-là, en proposa une nouvelle, simple et donnant la « clef de toutes les énigmes ».

On n'ignore pas que, dans l'hyperplasie si fréquente de la couche profonde de la muqueuse utérine, des tubes glanduliformes s'enfoncent assez loin dans le muscle. Au cours de cette progression des diverticules épithéliaux entre les fibres musculaires, des tubes pourraient pénétrer dans les lymphatiques et être entraînés ainsi jusque sous la séreuse et même hors de l'utérus. La présence d'inclusions endométriales bien caractérisées dans les ganglions pelviens serait, pour Halban, la preuve du bien-fondé de sa théorie de « l'hystéroadénose » métastatique.

De nombreuses objections ont été opposées à cette théorie qui n'a généralement pas été acceptée. On a surtout contesté la possibilité même de la pénétration d'éléments endométriaux dans les lymphatiques. Sternberg avait bien suggéré que cette pénétration pouvait se produire au moment de la période menstruelle ou à la faveur d'une intervention chirurgicale. Il n'a cependant pas réussi à faire admettre que des embolies lymphatiques soient à l'origine de l'endométriose.

Pourtant il semble bien qu'il faille de plus en plus rejeter les autres théories au profit de celle-ci. La théorie de la métaplasie péritonéale, élargie en théorie mésothéliale, constitue une sorte de théorie

passé-partout, valable pour l'endométriase extra-utérine en général, mais qui, par sa complexité et son arbitraire, ne satisfait guère l'esprit. Quant à la théorie de l'implantation péritonéale, surtout en vogue aux Etats-Unis, elle est loin d'élucider tous les problèmes. Malgré le pouvoir de pénétration accordé aux « implants », certains endométrioses nettement extra-péritonéaux, ne peuvent pas être expliqués par l'implantation.

Devant l'identité histologique et physiologique de tous les endométrioses, la nécessité se fait de plus en plus impérieuse d'adopter une théorie unique, capable d'expliquer à la fois l'endométriase interne et l'endométriase externe, une théorie spécifique et qui assignerait, par conséquent, à l'endométriase en général, une origine utérine.

On est donc amené à considérer sérieusement l'hypothèse de la métastase lymphatique de Halban. C'est ce à quoi se sont consacrés certains auteurs tels que MM. Ascheim, Brocq et Varangot, M. Georges Gricouff, de la Fondation Curie, à la complaisance duquel nous sommes très redevable de l'élaboration de ces considérations pathogéniques.

*Avantages de la théorie de Halban.* — 1° Elle explique les caractères histophysiologiques de l'endométriase mieux qu'aucune autre puisqu'elle prescrit qu'il s'agit d'une métastase de la muqueuse utérine elle-même.

2° Elle s'applique à la fois à l'endométriase utérine

et à l'endométriase externe : arrêtés dans les réseaux lymphatiques musculaires sous-séreux ou séreux de l'utérus, les éléments migrants donnent naissance à l'endométriase interne, parvenant dans les conduits efférents, ils quittent l'utérus et peuvent élire domicile plus ou moins loin, dans l'ovaire, par exemple, pour donner naissance à l'endométriase externe.

3° Les régions les plus fréquemment atteintes par l'endométriase sont, ou bien au contact de l'utérus (Douglas, partie supérieure de la cloison recto-vaginale) ou bien très largement reliées à lui par les lymphatiques (ovaires). Quand l'endométriase est située à distance de l'utérus, elle intéresse toujours des organes ou des régions assez accessibles par voie lymphatique grâce aux anastomoses entre les réseaux. C'est le cas, par exemple, de localisations inguinales (lymphatiques du ligament rond), ombilicale (lymphatiques de la paroi abdominale anastomosés avec ceux du ligament rond, lymphatiques des vaisseaux ombilicaux, lymphatiques de la vessie et de l'ouraque), c'est le cas également de notre endométriase du creux ischio-rectal.

4° Le caractère régional de l'endométriase se conçoit aisément, car on peut admettre que les parcelles endométriales en migration ne survivent que si leur trajet et leur séjour dans les lymphatiques n'ont pas été trop longs.

5° La présence de formations endométriales au niveau des cicatrices de laparatomie s'explique par l'interruption des vaisseaux lymphatiques au niveau

de l'incision opératoire. Le tissu fibreux cicatriciel jouerait le rôle d'un barrage. Cette idée d'un barrage est d'ailleurs valable également pour l'endométriose ombilicale puisque l'ombilic est une cicatrice. On peut signaler aussi que l'endométriose péritonéale, très rare, est toujours consécutive à une déchirure.

*Arguments de fait.* — Quels sont donc les arguments qui viennent à l'appui d'une théorie si satisfaisante ?

1° C'est tout d'abord la présence d'inclusions endométriales dans les ganglions lymphatiques du bassin et dont nous avons déjà parlé. Ces inclusions ne se manifestent guère cliniquement et sont le plus souvent découvertes fortuitement à l'examen microscopique.

2° Il peut arriver aussi que l'inclusion épithéliale ne soit pas « établie » dans les ganglions mais trouvée libre dans la lumière d'un lymphatique capsulaire.

3° Enfin, et c'est là un argument qui, à notre avis, peut être considéré comme décisif, on a constaté l'existence de petites parcelles d'endomètre normal dans les capillaires lymphatiques ou sanguins de l'utérus : Henry a pu déceler un petit lambeau de muqueuse (épithélium et chorion) dans une pièce opératoire de Sampson.

Dans une pièce d'hystérectomie pour fibrome, on a trouvé un petit fragment épithélial d'endomètre dans la lumière d'un capillaire, en plein muscle utérin, à distance de la muqueuse. Sampson lui-même avait observé la présence d'éléments endométriaux

dans les vaisseaux lymphatiques ou veineux. Philipp et Huber ont découvert dans une endométriose de la paroi rectale, une veine remplie de tubes glandulaires. Tout récemment, M. G. Gricouroff, par des travaux histologiques personnels, a bien mis en évidence l'inclusion d'endomètre dans un lymphatique utérin. Enfin, MM. Ascheim, Brocq et Varangot ont fait tout dernièrement, à l'Académie de Chirurgie, une communication sur l'étude d'une pièce opératoire leur ayant permis de mettre en évidence, à l'intérieur des vaisseaux, en plein muscle utérin, loin de la muqueuse, des formations endométriales indiscutables. Tous les auteurs affirment formellement qu'il ne s'agissait pas là d'artéfacts, se basant, pour ce dire, sur le nombre même de ces inclusions, leur adhérence aux parois vasculaires, sur la présence d'un magma anhiste en voie d'organisation, à leur contact. Ils se montrent également formels pour affirmer que ces inclusions endométriales n'avaient pénétré dans les vaisseaux ni au moment de l'opération, ni au moment de la fixation de la pièce, ni pendant le prélèvement et encore moins au cours de la confection des coupes.

Si des auteurs demeurent encore sceptiques malgré toute cette argumentation sérieuse, c'est qu'ils admettent difficilement la pénétration à l'intérieur du réseau lymphatique, qui est un système clos de toutes parts, pénétration qui ne peut donc se faire que par effraction d'éléments cellulaires étrangers. Et puis, il y a cette vieille notion, solidement ancrée dans tous les esprits, que seul le cancer peut donner des mé-

tastases et que l'aptitude même à faire des métastases est un caractère fondamental de malignité. Et l'endométriase est une affection *bénigne* !

Il ne faut cependant pas s'abandonner à ces considérations d'ordre affectif plus que scientifique, mais envisager que la présence incontestablement observée d'éléments endométriaux dans les capillaires utérins et dans les ganglions pelviens oblige à revoir ces notions sans aucun parti-pris. Ce qui fait la malignité des métastases cancéreuses, c'est qu'elles proviennent de tumeurs malignes. Mais, si l'on considère le processus de la métastase en lui-même, on constate que les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'une métastase puisse se produire, sont au nombre de trois :

- a) la pénétration d'éléments cellulaires dans les capillaires ;
- b) leur survie pendant le trajet ;
- c) leur aptitude à « prendre » et à proliférer à l'arrivée.

Or, croit-on que les caractères de prolifération intense, de turgescence vasculaire, d'infiltration de la muqueuse utérine dans le muscle utérin ne constituent pas un ensemble histophysiologique, unique dans l'organisme, soit, se rapprochant manifestement des conditions existant dans le cancer, sans doute, mais capable de permettre l'introduction dans les vaisseaux utérins de parcelles endométriales ? Et ne pense-t-on pas que l'endomètre présente une aptitude

certaine à se développer activement hors de l'utérus, aptitude rigoureusement démontrée par les expériences de greffe de muqueuse utérine ?

Il faut donc considérer que les notions de métastase et de malignité, obligatoirement associées dans la pratique courante, ne sont pas inséparables. Sans vouloir sortir du cadre de notre sujet, signalons, cependant, que cette non-exclusivité du pouvoir métastatique s'accorde avec la tendance actuelle à considérer toutes les propriétés biologiques des cellules cancéreuses, non pas comme leur étant spécifiquement attachées, mais comme résultant de la seule propriété vraiment caractéristique de la « mutation » cancéreuse : l'aptitude à proliférer indéfiniment dans l'organisme, en échappant au contrôle exercé par les tissus normaux.

Pour toutes les raisons que nous venons d'envisager, nous pensons fermement qu'il faut se rallier à cette théorie pathogénique de la métastase par voie lymphatique (ou veineuse) et la localisation ischio-rectale de l'endométriome, que nous avons présentée, ne peut que nous ancrer davantage dans cette opinion, car la théorie de Halban est la seule, à l'exclusion de toute autre, qui puisse expliquer de façon vraiment satisfaisante, l'apparition d'un endométriome dans le creux ischio-rectal.

### e) Traitement.

Le seul traitement rationnel, c'est le traitement chirurgical, c'est l'ablation de l'endométriome. Mais il faut bien savoir que la réalisation de cette thérapeutique est, le plus souvent, assez délicate. Etant donné le caractère infiltrant, mal limité, non encapsulé de la tumeur endométriale en général (exception faite pour les kystes chocolat de l'ovaire), la difficulté consiste à enlever totalement la masse tumorale en évitant, autant que faire se peut, de passer à son intérieure et de laisser en place quelques prolongements.

C'est ce traitement qui a été mis en œuvre à propos de notre malade. Nous avons vu plus haut que, n'ayant pas rencontré de plan de clivage net, l'opérateur fut obligé d'isoler la tumeur en coupant tout autour et de passer par places en deçà de la zone malade. Bien que l'on ait pratiqué un évidement complet de la fosse ischio-rectale, les tissus restant semblaient anormaux et comme modifiés par une sclérose inflammatoire.

Et cela nous amène à dire quelques mots des récidives *in situ* de l'endométriase. Ces récidives sont relativement fréquentes. Mais s'agit-il bien de récidives vraies ou ne sont-ce pas plutôt des récidives simulées par la continuation d'évolution du processus pathologique à partir des éléments qu'une opération incomplète aura laissés en place ? Il est difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de trancher catégoriquement la question. Quoi qu'il en soit, nous

devons considérer comme probable (et c'est là une notion empirique qui sera bientôt, nous l'espérons, affirmée ou infirmée par une argutie plus scientifique) la perpétration du processus morbide et nous appliquer, au cours de l'intervention, à abraser absolument tout tissu suspect.

Si une récidue se produit, quelle attitude doit-on adopter ? Là encore il y a matière à discussion. S'il s'agit d'une femme jeune, présentant un bon état général, si, localement, la lésion n'apparaît pas comme étant au-dessus des ressources de la chirurgie, il faudra tenter une nouvelle exérèse aussi complète que possible. Si, au contraire, il apparaît qu'une nouvelle offensive chirurgicale doit faire courir de grands risques à la malade, tout en ayant peu de chances d'aboutir, ou si l'on a affaire à une femme d'un certain âge et pour laquelle ne se pose nul problème d'ordre affectif, il faudra avoir recours à la stérilisation par action radiothérapique sur les ovaires. Nous avons vu, en effet, que la ménopause produisait un arrêt d'évolution ou même la régression des lésions d'endométriase, c'est pourquoi il faudra tenter d'enrayer la progression du mal en produisant une ménopause artificielle, quitte, si celle-ci déterminait des troubles marqués, à les combattre par des actions hormonales dont on sait évidemment l'influence favorisante qu'elles possèdent sur le processus morbide de l'endométriase, mais influence favorisante que l'on sait également être très discrète.

Dans l'observation que nous présentons, nous

n'avons pas pu juger de l'évolution locale de l'endométriose ischio-rectale après traitement chirurgical puisque, après avoir présenté des suites opératoires d'abord très simples, la malade se plaignit au 15<sup>e</sup> jour de quelques malaises généraux et succomba brusquement avec le syndrome de l'embolie pulmonaire massive.

Cela nous permettra de dire un dernier mot sur la gravité de l'intervention chirurgicale dans l'endométriose. On peut se demander si l'embolie pulmonaire massive, qui déterminait la mort brutale de notre malade, fut le fait de l'acte opératoire en soi ou bien si elle ne fut pas occasionnée par la lésion même contre laquelle cet acte opératoire était dirigé. Il est difficile de prendre parti. Cependant il semble bien que dans la causalité de cette embolie massive, il faille ranger un traumatisme chirurgical d'autant plus néfaste que, de par la constitution anatomique de la lésion, il est obligé d'agir à l'intérieur même, parfois, des tissus pathologiques et d'y provoquer ainsi des remaniements dont on ne peut guère nier le rôle évident dans la pathogénie de l'embolie pulmonaire en cause.

---

#### IV

### Conclusion.

---

De ces considérations rapides sur les localisations rares de l'endométriose et sur l'endométriose en général, nous tirerons les conclusions suivantes :

1. — L'observation d'endométriose du creux ischio-rectal, qui donna matière à ce travail et que nous rapportons grâce à l'obligeance de M. le Professeur Pierre Mocquot, est d'une extrême rareté puisque nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis d'en retrouver d'autres. Cette localisation exceptionnelle de l'endométriose peut donner à penser que, dans un avenir plus ou moins lointain, d'autres lui seront adjointes qui permettront peut-être de percer complètement le mystère de ce processus morbide.

2. — D'ailleurs notre observation nous a déjà permis de nous ancrer davantage dans cette opinion que la théorie pathogénique de l'endométriose proposée par Halban, est la seule à laquelle il faille se rallier aujourd'hui. Disons toutefois, que dans la balance des arguments en faveur de cette théorie pathogénique, notre endométriome ischio-rectal ne pèse que d'un poids bien modeste.

3. — Notre endométriome ischio-rectal présentait, et c'est là un fait d'importance, une symptomatologie tout à fait nette, tout à fait caractéristique, à telle enseigne que le diagnostic affirmé par le Docteur Palmer se trouva vérifié et à l'intervention et à l'examen histologique de la pièce. C'est là une notion sur l'intérêt de laquelle il nous semble superflu d'insister.

4. — Le traitement chirurgical de l'endométriose, le seul de mise dans l'état actuel de nos connaissances et auquel il faudra parfois savoir associer la stérilisation roentgénienne, ce traitement chirurgical, outre qu'il n'est pas assuré d'arriver à un résultat local pleinement satisfaisant, n'est nullement exempt de dangers et nous n'en voulons, non pas pour preuve, mais pour forte présomption que l'issue fatale vers laquelle notre malade s'est rapidement acheminée.

Vu : le Président de la thèse,  
P. MOCQUOT.

Vu : le Doyen,  
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :  
le Recteur de l'Académie de Paris,  
G. ROUSSY.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. ASHEIM et BROcq. — *Mémoires de l'Acad. de ch.*, juin 1939.
2. BAZY (L.). — *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie*, 11 janv. 1939.
3. BOUIN (P.). — *Eléments d'histologie*, Félix Alcan. Paris, 1932.
4. BROcq (P.) et PALMER (R.). — Diagnostic clinique et opératoire des endométriomes de l'ovaire (*Acad. chir.*, 1936, 62, p. 1372).
5. BRUNET. — *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.*, 1905, 54, p. 607.
6. CULLEN (T. S.). — Adenomyoma uteri diffusum benignum (*John Hopkins Hosp. Rep.*, 1896, 6, p. 113 (in Henry)).
7. EWING (J.). — *Neoplastic diseases*. Saunders. Philadelphia, 1928.
8. FALKNER (A.). — *Zentralbl. für Gyn.*, 1903, 27, p. 1496.
9. GOSSET, IVAN BERTRAND et CHEVALLIER. — *Mém. Acad. Ch.*, 7 février 1939.
10. GRICOUROFF (G.). — Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col de l'utérus et endométriome ganglionnaire (*Bull. Ass. fr. ét. cancer*. Séance du 21 déc. 1936).
11. GRICOUROFF (G.). — A propos de l'envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col de l'utérus (*Mém. Acad. ch.*, 9 déc. 1936).

12. GRICOUROFF (G.). — L'Endométriose. Signes cliniques et théories pathogéniques (*P. M.*, 20 mars 1937).
13. GRICOUROFF (G.). — Sur la pathogénie de l'endométriose (*Ann. Anat. path.*, t. 16, n° 6, juin 1939).
14. HALBAN (J.). — Hystero adenosia metastatica (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1924, 37, p. 1205).
15. HALBAN (J.). — *Arch. für Gyn.*, 1925, 124, p. 457.
16. HANSMANN (G. H.) et SCHENKEN (J. R.). — Endométrioses et Lymphnodes (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1933, 25, p. 572).
17. HASELHORST (G.). — Zur klinik und Genese der Endometriose (*Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, 1933, 105, p. 1).
18. HENRY (J. S.). — An endometrial growth in the right labium majus (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1927, 44, p. 637).
19. IWANOFF (N. S.). — *Monatschr. für Geburtsh. u. Gynäk.*, 1898, 7, p. 295.
20. KEENE (F. E.) et KIMBROUGH (R. A.). — Endometriosis (*Nelson Surgery*, 7, p. 479).
21. KERMAUNER (F.) et LAMERIS (H.). — *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1901, 5 (in Sitzenfrey).
22. KING (E. S. J.). — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1931 et 1932.
23. KRÆMER (P.). — Die lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bernalignen Erkrankungen des Uterus (*Arch. für Gyn.*, 1904, 73, p. 57).
24. LAUCHE. — Die extro genitalen heterotopen Epithelwucherungen von Bau des Uterusschleimhaut (*Virch. Arch.*, 243, p. 298).
25. LUTHY (F.). — Ueber angeborne Epitheleinschlüsse in Lymphknoten (*Virch. Arch.*, 1924, 250, p. 30).
26. MESTITZ (W.). — *Arch. für Gyn.*, 1927, 130, p. 667.
27. MEYER (R.). — *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.*, 1903, 49, p. 554.

28. MEYER (R.). — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1903.
29. MICHON (L.) et COMTE (H.). — Les adénomyomes de l'espace recto-vaginal (*J. de Ch.*, 1926, 27, p. 385).
30. MONDOR et MAZINGARBE. — Endométriome ombilical (*Mém. Acad. de Ch.*, 11 janvier 1939).
31. MOULONGUET (P.). — Les endométriomes. Les Diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène.
32. OBERLING et HICKEL (P.). — Le problème de l'endométriome (*Bull. Ass. franç. étr. cancer.*, 1927, 16, p. 691).
33. PAPIN (F.). — Endométriome du sigmoïde (*Mém. Acad. ch.*, 21 mars 1939).
34. PICK (L.). — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1905, 42, p. 502.
35. POLSTER. — *Virch. Arch.*, 1926, 259, p. 96.
36. RECKLINGHAUSEN (VON). — Ueber die Adenocysten der Uterus tumoren und über reste des Wolfschenorgans (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1893 (in Henry)).
37. ROUVIÈRE (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme (Masson et C<sup>ie</sup>, 1932).
38. SAMPSON (J. A.). — *Surg. Gyn. and. obst.*, 1924, 38, p. 287.
39. SAMPSON (J. A.). — Metastatic or embolic endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into venous circulation (*Am. J. Path.*, 1927, 3, p. 93).
40. SCHILLER (W.). — Zur Frage des ektopischen Endometriums (*Arch. für Gyn.*, 1926, 127, p. 544).
41. SCHMITZ (E. F.). — Ectopic endometrium in Ovary and Inguinal canal (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1927, 13, p. 705).
42. SICK (K.). — Flimmerepithelcysten in der Nebennieren kapsel und in einer Becklen lymphdrüse (*Virch. Arch.*, 1903, 172, p. 468).
43. SITZENFREY (A.). — *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.*, 1906, 57, p. 419.

44. STERNBERG, cité par HAMANT, CORNIL et MOSINGER. — L'endométriase tubaire (*Ann. an. path.*, 1929, 6, p. 643 et 1207).
45. WILLIS (R. A.). — The spread of tumours in the human body, Chiachill, London, 1934.
46. WULFING (H.). — Zur Pathologie der Geschwulstbildung im weiblichen Geschlechts apparat (*Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, 1901, 44, p. 1).





